

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE (Diplôme d'État)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1930

PAR

Robert-Noël JACQUES

Né le 28 Février 1895 à Joux-la-Ville (Yonne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Pseudo-Paraplégies chez le Cheval

JURY

Président : M. GUILLAIN, professeur à la Faculté de Médecine.

Assesseurs : { M. ROBIN,
M. BRESSOU,

} Professeurs à l'École nationale
Vétérinaire d'Alfort.

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1930

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE (Diplôme d'État)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1930

PAR

Robert-Noël JACQUES

Né le 28 Février 1895 à Joux-la-Ville (Yonne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Pseudo-Paraplégies chez le Cheval

JURY

Président : M. GUILLAIN, professeur à la Faculté de
Médecine.
Assesseurs : { M. ROBIN, } Professeurs à l'École nationale
 { M. BRESSOU, } Vétérinaire d'Alfort.

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1930

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Directeurs honoraires : MM. P.-J. CADIOT et H. VALLÉE.

Directeur : M. E. NICOLAS.

Professeurs honoraires : MM. G. BARRIER, Inspecteur général honoraire des Ecoles Vétérinaires ; P.-J. CADIOT, A. RAILLIET, H. VALLÉE.

PROFESSEURS ET CHARGES DE COURS

	MM.
Anatomie descriptive des animaux domestiques.....	BRESSOU.
Physiologie, thérapeutique générale	MAIGNON.
Physique et chimie médicales, toxicologie, pharmacie..	NICOLAS.
Parasitologie et maladies parasitaires, clinique ; zoologie	HENRY.
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers, clinique ; sémiologie et propédeutique, jurisprudence.	ROBIN.
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique ; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure	COQUOT.
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique ; médecine opératoire, obstétrique.....	MOUSSU.
Pathologie générale et microbiologie, maladies microbiennes et police sanitaire, clinique.....	PANISSET.
Histologie et embryologie, anatomie pathologique, autopsies	PETIT.
Zootecnie et économie rurale.....	DECHAMBRE
Agronomie, botanique et hygiène ; matière médicale.....	DECHAMBRE.
Industrie et contrôle des produits d'origine animale.....	HENRY.
	VERGE.



PROFESSEURS AGRÉGÉS

MM. LESBOUYRIES — VERGE.

CHEF DE TRAVAUX AGRÉGÉ : M. SIMONNET.

CHEFS DE TRAVAUX

M. DELMER.

MM. MONVOISIN.

MOUSSU (R.).

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

A MES MAITRES

Contribution à l'Etude des Pseudo-Paraplégies chez le Cheval

DÉCUBITUS MYASTHÉNIQUE

INTRODUCTION

L'étude que nous présentons à l'appréciation de nos Maîtres est un simple travail d'observation, le seul qui soit vraiment permis au Vétérinaire qui se trouve loin des laboratoires et n'a pas la bonne fortune d'exploiter une clinique de luxe.

Le sujet que nous avons choisi paraît ignoré de nos auteurs classiques. Il se rapporte à l'un des syndromes les plus embarrassants de notre médecine, celui qui se manifeste à première vue par un décubitus forcé et prolongé et qui, dans le passé, était invariablement appelé paralysie ou paraplégie.

Evidemment, les générations qui nous ont précédé ont essayé de démêler cet écheveau, et nous devons reconnaître, qu'à l'heure actuelle, la plupart des états pathologiques qui se traduisent par l'impossibilité du relever sont connus quant à leurs causes et à leurs lésions. Les maladies dont les altérations anatomiques sont très visibles ont été les premières étudiées : frac-

tures des vertèbres, des membres postérieurs, arthrites bilatérales, tumeurs rachidiennes, etc. Puis, les progrès de l'histologie ont permis de découvrir des affections nerveuses qui, antérieurement, étaient supposées n'appartenir qu'à l'espèce humaine : myélite, encéphalite, etc. Par ailleurs, un autre état morbide, aboutissant également, dans nombre de cas, au décubitus forcé, a été étudié de façon très complète; nous voulons parler de l'hémoglobinurie paroxystique qui, jusqu'à la fin du siècle dernier, a été considérée comme une paraplégie et que Trasbot décrivait encore comme une congestion de la moelle.

Ces différents processus sont nettement individualisés et, dans bien des circonstances, grâce aux commémoratifs d'une part, à l'évolution d'autre part, on peut assez souvent poser un diagnostic relativement précis. En pareil cas, l'examen clinique a également une grande importance, et certains symptômes comme la couleur de l'urine dans l'hémoglobinurie, la crépitation dans les fractures, la sensibilité dans les arthrites, suffisent presque toujours pour fixer le praticien. Pourtant ces maladies ou accidents ne représentent qu'une partie des affections qui s'accompagnent de décubitus forcé. Dans les autres cas, on songe à un trouble nerveux, on explore la sensibilité, on interroge les réflexes. Mais là, il faut bien reconnaître que les indications recueillies sur nos sujets sont souvent négatives et, en tout cas, n'ont pas la netteté et l'éloquence de ceux fournis par le genre humain.

C'est dire que, bien des fois, le diagnostic est impossible en l'absence de commémoratifs ou que le praticien ne se trouvera éclairé que par l'évolution de la maladie, et même l'examen des lésions. C'est dire, également, que certains états morbides différents de ceux qui sont étudiés de façon si scientifique par nos auteurs modernes, nous échappent encore.

A différentes reprises, des circonstances heureuses nous ont permis de découvrir un de ces troubles qui n'ont pas leur place dans la nosologie vétérinaire moderne. Par la suite, guidé par ces premières observations, nous avons reconnu qu'il s'agit là d'un processus bien caractérisé, moins rare que nous ne le pensions tout d'abord, et qui réclame des interventions assez précises pour qu'il y ait intérêt à poser un diagnostic dès le début. Et c'est pourquoi nous avons pensé, non seulement que nous avions là un sujet de thèse, mais encore que ce travail pourrait avoir quelque utilité pour nos confrères praticiens.

Est-ce à dire que nous ayons fait une découverte ? Loin de nous pareille prétention. Le syndrome que nous étudions n'est pas d'une extrême rareté, et il est bien certain qu'il a été observé par nombre de praticiens s'occupant du cheval. De même il est plus que probable que quelques-uns ne se sont nullement mépris sur la nature des troubles constatés. En particulier, alors que nous étions étudiant, nous nous souvenons parfaitement avoir entendu de vieux praticiens, et mon père en particulier, parler de « paralysie d'écurie ». Cette expression, qui ne correspon-

dait à rien de l'enseignement de nos Maîtres, nous paraissait pour le moins étrange. Aujourd'hui, au contraire, elle nous fait penser que ceux qui l'employaient avaient « su voir », et elle nous oblige à regretter que ces observateurs consciencieux n'aient pas publié leurs constatations cliniques.

Quant à nous, nous avouons que le souvenir de cette expression « paralysie d'écurie » nous a guidé certainement dans l'établissement de notre premier diagnostic.

A différentes reprises, nous avons cherché quelques éclaircissements dans nos traités de médecine, mais en vain. Puis au moment d'entreprendre ce travail, nous avons poussé nos investigations du côté d'ouvrages plus anciens et des articles très variés qu'on trouve dans nos journaux professionnels.

Ces recherches, sans doute imparfaites, nous ont permis de relever une seule relation d'un cas qui nous paraît très voisin de ceux que nous étudions. Cette observation, due à Sullivan, est présentée comme un cas de paraplégie par obstruction fécale. Elle fut notée chez une jument qui recevait 4 livres d'avoine, 3 litres d'orge écrasée et 3 livres de son. Cette bête fut trouvée « paralysée » un matin et atteinte d'un léger tympanisme. A l'exploration rectale, l'auteur découvrit une grande quantité de fèces desséchées. Le traitement mis en œuvre fut le suivant : breuvages à l'essence de térébenthine et à l'huile de lin, lavements, puis vidange du rectum. Ensuite il fallut recourir au salicylate d'ésérine (4 centigrammes). En une heure,

huit évacuations se produisirent et on put suspendre la jument. Par la suite, l'état général s'améliora très vite, et le septième jour, la bête pouvait marcher seule.

En dehors de cela, nous avons trouvé quelques communications parfois très intéressantes, touchant à la physio-pathologie des muscles, et qui nous permettront d'interpréter les troubles observés. Nous les signalerons en étudiant l'étiologie et la pathogénie de ceux-ci.

I. — Étude Clinique - Symptômes Évolution

Il semble que la maladie s'installe rapidement et que les prodromes, s'ils existent soient des plus fugaces. En effet, dans tous les cas que nous avons observés, un cheval bien portant le soir est trouvé le lendemain matin dans l'impossibilité de se relever. Que s'est-il passé dans la nuit? Nous n'avons jamais pu le savoir d'une façon certaine. Il est possible que l'animal ait eu de légères coliques, se soit couché assez longtemps, et que quelques heures après il se soit trouvé incapable de reprendre la position debout. Il n'y a là qu'une supposition, et nous verrons par la suite les hypothèses que l'on peut faire sur l'origine de l'affection.

Quoi qu'il en soit, le premier symptôme qui frappe l'observateur, c'est l'impossibilité dans lequel se trouve le sujet de reprendre la position quadrupédale. Habituellement, on trouve le malade en décubitus complet, droit ou gauche. Certains chevaux, invités à se relever, font une tentative. Ils se mettent en décubitus sterno-abdominal, parfois, ils étendent

les membres antérieurs et essaient de se soulever au-dessus du sol. Dans ces conditions, on se rend compte parfaitement que les antérieurs agissent de façon à peu près normale, mais que les postérieurs sont impuissants à remplir leur rôle. Aussi, la tentative ne se prolonge guère et l'animal se laisse retomber sur le côté presque aussitôt.

Quelques malades n'essaient de se relever qu'à la condition qu'on leur fasse quitter de force le décubitus latéral pour les mettre en position sterno-abdominale.

Enfin, un grand nombre, et on peut dire la presque totalité de ceux qui sont à terre depuis 10 à 15 heures et plus, se refusent à toute tentative et s'opposent même de toutes leurs forces à ce qu'on leur fasse quitter le décubitus latéral complet. Veut-on les mettre en position sterno-abdominale, ils replient l'encolure et ramènent la tête vers les membres antérieurs à la façon d'un chat qui veut se rouler.

Dans ces conditions, on est dans l'obligation d'examiner le malade à terre. Voici ce qu'il est possible de noter le plus souvent. Si le sujet n'est couché que depuis peu de temps, la conjonctive n'est à peine plus foncée qu'à l'état normal, le pouls légèrement accéléré, le rythme respiratoire à peine plus fréquent qu'à l'ordinaire et l'hyperthermie insignifiante. Mais il suffit de vouloir faire relever l'animal pour que le cœur et le flanc s'accélèrent aussitôt. De plus, l'appétit est conservé, comme il est facile de s'en rendre compte. Lorsque le décubitus a été plus prolongé, la

muqueuse oculaire devient terne, injectée, puis nettement rouge. De même le pouls et la respiration s'accélèrent peu à peu. Enfin, la température interne s'élève jusqu'à 38°5, parfois 39°.

L'exploration du tube digestif est difficile sur l'animal couché. Pourtant deux symptômes peuvent être notés dans la grande majorité des cas : un léger tympanisme et l'accumulation des matières dans le rectum. Ce dernier phénomène peut être facilement découvert par l'exploration rectale. Dans quelques cas il est évident, même en dehors de cette recherche, car on trouve derrière la bête un véritable cylindre de matières compactes et moulées qui donnent la mesure du rectum distendu.

L'exploration du système nerveux et de l'appareil locomoteur fournit surtout des renseignements négatifs.

En faisant, au moyen d'une épingle, des piqûres étagées sur toute la longueur de la colonne vertébrale et à la surface des membres, on se rend compte qu'il n'y a pas de troubles de la sensibilité; ni hyperesthésie, ni anesthésie véritables.

De même la motilité est en grande partie conservée. Les membres sont fléchis ou étendus volontairement lorsqu'on excite l'animal, ou qu'on essaie de le faire relever ou encore quand le sujet effectue, de lui-même, des mouvements, à vide, de trot ou de galop.

En tout cas, la palpation méthodique révèle l'absence de luxations, de fractures, d'arthrites, etc.

Quand, par un moyen ou par l'autre (voir le cha-

pitre consacré au traitement), on arrive à faire prendre la station debout au malade, on peut faire aussitôt des constatations qui méritent d'être notées. On voit alors que le bipède latéral qui était superficiel au cours du décubitus, remplit assez bien son rôle et supporte normalement une partie du poids du corps. Par contre, les membres qui étaient en contact avec le sol se dérobent et ne peuvent soutenir la part qui leur revient. Mais cette impotence est surtout marquée sur le membre postérieur et elle s'accompagne de tremblements très apparents. D'autre part, elle est absolument transitoire. Assez vite, au niveau de l'anérieur, le tremblement musculaire s'atténue, et tout le membre contribue de mieux en mieux au soutien du corps. Puis le membre postérieur reprend de même sa fonction progressivement. Plusieurs fois, nous avons vu le bipède qui était en contact avec le sol, revenir à la normale en l'espace d'une demi-heure, d'autres fois au bout d'une heure.

Régulièrement, lorsque l'animal est remis debout, les excréments sont rejetés et de l'urine évacuée.

Ce rétablissement rapide du cheval relevé ne s'observe que chez les animaux qui sont restés peu de temps en décubitus (douze heures et moins). Chez les autres, surtout lorsque l'animal est resté un ou deux jours et plus sur la litière, quand on arrive à les soulever au-dessus de terre, ils persistent à se coucher sur les barres ou sur les sangles, aucune tentative d'appui n'est faite, et l'impotence des membres paraît définitive.

L'évolution de cette pseudo-paraplégie est régulière et d'assez courte durée.

Quand l'animal ne reste que pendant quelques heures en décubitus, il suffira de 24 ou 48 heures pour qu'il revienne à la santé.

Si, au contraire, on l'abandonne à lui-même, dans de très rares circonstances le malade arrive à se relever lui-même. C'est l'exception. Bien plus souvent, l'état s'aggrave. En explorant les grandes fonctions (pouls, respiration, muqueuse oculaire, température rectale) on se rend compte qu'au trouble primitif se joint une auto-intoxication à marche rapide, résultant de l'insuffisance des fonctions digestive et urinaire. Dans ces conditions, l'animal s'achemine assez vite vers une issue fatale, qui se produit habituellement au bout de deux ou trois jours, rarement plus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons fait quelques autopsies et les constatations que nous avons pu noter sont variables suivant que le décubitus a été de courte durée ou au contraire relativement prolongé.

Chez les animaux abattus de façon précoce, les lésions sont très peu marquées. Rien ne peut être constaté à l'œil nu sur la moelle et ses enveloppes. La seule chose qui apparaît nettement, c'est la distension du rectum par des excréments tassés mais nullement desséchés. Il n'y a ni congestion de l'organe, ni inflammation bien apparente de sa muqueuse.

Lorsqu'il s'agit d'un animal ayant succombé au bout de plusieurs jours, on trouve des altérations un peu différentes. Le système nerveux est toujours exempt de lésions macroscopiques et le rectum est encore plein de matières si un traitement évacuant n'a pas été employé. Dans ce cas, la muqueuse rectale peut paraître légèrement enflammée.

D'autre part, si le malade est resté couché sur le même côté, des lésions de décubitus sont évidentes; ecchymoses, zones de congestion de certains terri-

toires musculaires et zones d'anémie de territoires voisins.

Enfin les viscères sont altérés; le foie est décoloré, couleur feuille morte, le cœur est comme cuit, le rein plus ou moins congestionné. Il s'agit là, de toute évidence, de lésions en rapport avec l'auto-intoxication.

DIAGNOSTIC

En règle générale, le diagnostic des affections qui s'accompagnent de décubitus forcé, est délicat au moment du premier examen.

En ce qui concerne la pseudo-paraplégie que nous étudions, la confusion est très possible avec quelques accidents et maladies au sujet desquels nous devons donner quelques explications.

Assez souvent, dans des écuries mal installées, étroites, dont le sol est en pente, des chevaux arrivent à se coucher de telle façon qu'il suffit d'un léger recul de l'animal pour que la longe d'attache se tende, tire sur la tête et ne laisse pas à l'encolure une liberté suffisante pour permettre le relever. Dans ces conditions, certains chevaux n'insistent pas et restent couchés. D'autres font des efforts maladroits qui ne font qu'aggraver la situation, et nous avons vu certains sujets arriver à s'étrangler par la sous-gorge du licol. Quoi qu'il en soit, en dehors de cette terminaison malheureuse, le cheval ainsi immobilisé peut donner l'impression d'un paraplégique. Il suffit d'être prévenu pour reconnaître semblable accident; la suppression

de la cause permet aussitôt à l'animal de se relever, et alors le doute n'est plus possible. Disons pourtant que ce décubitus forcé peut être la cause de la pseudo-paraplégie que nous étudions, ainsi que nous le verrons plus loin.

Des fractures des membres font parfois que le cheval reste obstinément couché. Dans ce cas, les commémoratifs ont une grande valeur et, en tout cas, l'examen complet permet assez facilement de découvrir la lésion (déformation, sensibilité, crépitation). Il en va de même pour les luxations, bien rares sur les membres postérieurs du cheval, et pour les arthrites aiguës bilatérales qui ne s'observent guère que chez le jeune poulain.

Il est pourtant des fractures et des luxations qui entraînent la paraplégie et dont le diagnostic est bien difficile à poser par le seul examen du malade. Nous voulons parler de celles qui siègent sur la colonne vertébrale. La déformation est souvent nulle et la crépitation impossible à déceler. Cet accident s'accompagne d'une section plus ou moins complète ou de la compression de la moelle. Il entraîne donc une paraplégie authentique, s'accompagnant de troubles moteurs et sensitifs. Il y a donc lieu de toujours rechercher ceux-ci, mais en se souvenant que, chez nos animaux, le résultat peut être parfaitement négatif, en particulier sur les gros chevaux lymphatiques. Aussi, en pareil cas, le clinicien est mis sur la voie surtout par les commémoratifs. La compression de la moelle est signalée de temps à autre chez les

équidés, et elle résulte de tumeurs intra-rachidiennes, d'exostoses vertébrales, etc. Elles aboutissent à la paraplégie, mais le trouble locomoteur s'installe progressivement, et de façon assez lente pour attirer l'attention avant que le malade reste en décubitus.

La myélite du cheval est assez rare, mais nous ne pouvons cependant la négliger. Elle s'accompagne de troubles moteurs et sensitifs, d'ailleurs variables avec la localisation du processus. D'autre part, là encore, le début n'est généralement pas brusque, et ce n'est pas en l'espace de quelques heures qu'un animal bien portant jusqu'alors est trouvé subitement sur la litière.

L'hémoglobinurie paroxystique représente, peut-on dire, une pseudo-paraplégie. Mais il est absolument exceptionnel que cette maladie débute à l'écurie. En pareil cas, deux symptômes permettent d'éviter la confusion avec le processus que nous étudions : le gonflement et la dureté des masses musculaires de la croupe d'une part, la couleur foncée de l'urine d'autre part.

Enfin, il est une constatation qui est valable en toutes autres circonstances; aucun autre accident et pas une autre maladie n'arrivent à la guérison en l'espace d'une heure du seul fait de la suspension.

PRONOSTIC

Celui-ci varie du tout au tout avec le temps pendant lequel l'animal reste à terre. Si le décubitus ne dure que quelques heures, le sujet aura de grandes chances pour guérir de façon rapide et totale. Au contraire, le pronostic devient extrêmement sombre quand le cheval est abandonné sur la litière pendant un ou plusieurs jours.

Puisque nous envisageons l'importance de cette pseudo-paraplégie, nous devons dire quelles seront ses conséquences économiques, et, en particulier, si l'animal atteint peut être utilisé pour la boucherie.

Voici la ligne de conduite que nous avons adoptée en pareil cas. Si le sujet est en décubitus depuis peu de temps, quand l'hyperthermie est insignifiante (38°), autrement dit lorsque l'intoxication ne s'est pas développée, nous permettons l'abatage de l'animal, pour la consommation, si le propriétaire ne désire pas entreprendre le traitement. En toute autre circonstance, c'est-à-dire quand le cheval a été abandonné sur la litière pendant un ou plusieurs jours, qu'il est certainement intoxiqué, nous refusons de le

laisser diriger sur l'abattoir. Il y a là une perte sèche, c'est évident, mais alors nous ne pouvons que regretter la carence de la législation française et l'infériorité de nos abattoirs dont l'outillage incomplet ne permet pas la stérilisation des viandes suspectes.

TRAITEMENT

L'intervention que réclame cette pseudo-paraplégie est des plus simples et elle se résume dans les deux principes suivants : relever le malade le plus tôt possible, libérer l'intestin de son contenu, surtout dans sa portion terminale.

Le cheval chez qui l'auto-intoxication ne s'est pas encore développée peut être remis debout assez facilement. On peut arriver à ce résultat en passant des barres de bois sous le sternum et sous l'abdomen, et en les faisant soulever par des aides. Cette méthode nécessite un personnel assez nombreux, énergique et discipliné; c'est dire qu'elle est rarement utilisable. Bien plus souvent on emploie un moufle ou un palan dont l'un des crochets est fixé au plafond de l'écurie et l'autre à deux fortes cordes que l'on a passées sous le thorax et sous le ventre du sujet. De cette façon, avec quelques aides et le moindre risque d'accident, on arrive à remettre sur pied un cheval même lourd. Lorsque le sujet n'est resté couché que pendant quelques heures, quand on l'a soulevé suffisamment au-dessus de terre il reprend assez facilement la sta-

tion quadrupédale. Au début, il est en équilibre tout à fait instable. Les membres qui étaient en contact avec le sol, sont agités par des tremblements et fléchissent sous le poids du corps. Si l'animal n'était pas soutenu, il retomberait infailliblement. Cette impotence disparaît peu à peu en l'espace d'un quart d'heure, d'une demi-heure, d'une heure. Pour faciliter ce retour à l'état normal, nous faisons pratiquer sur les deux membres, des frictions sèches, ou avec du vinaigre chaud ou de l'ammoniaque, etc.

L'animal est laissé dans l'appareil à suspension pendant 24 ou 48 heures.

La libération du rectum est obtenue par la vidange artificielle et par des lavements répétés. On pourrait utiliser également des médicaments évacuants (pilocarpine) et des purgatifs. Enfin, par la suite, l'animal sera soumis à un régime rafraîchissant pendant quelques jours.

Dans un cas, nous avons vu un cheval reprendre lui-même la station quadrupédale, au bout de quelques heures, à la suite de l'évacuation des excréments. Cette évolution favorable est rare et nous estimons qu'en toute circonstance il y a toujours lieu de suspendre le malade aussitôt que possible.

Étiologie et Pathogénie

Avant de rechercher quelle peut être la nature intime des troubles que nous avons observés, quelques constatations préliminaires s'imposent.

D'abord, la race et le sexe n'ont sans doute aucune influence. Pourtant, la plupart de nos observations se rapportent à des chevaux (entiers ou hongres) de trait — particularités qui nous paraissent uniquement en rapport avec les conditions d'élevage dans notre région.

Au contraire, l'âge nous paraît avoir une réelle importance, car nous n'avons jamais trouvé cette pseudo-paraplégie sur des animaux ayant moins de dix ou douze ans.

De même, l'état antérieur du sujet joue un rôle certain, et tout ce qui met le cheval en état de moindre résistance (surmenage, régime défectueux, parasitisme, etc.) doit être considéré comme une cause prédisposante. Pourtant ces causes ne sont pas indispensables car, dans la majorité des cas que nous avons observés, elles ne pouvaient être retenues, les animaux étant en parfait état d'entretien.

Nous devons faire une autre remarque. Constamment l'accident a été découvert le matin, donc s'est produit au cours de la nuit. Cela nous porte à penser qu'il peut y avoir eu à l'origine l'influence du décubitus de repos, ou d'autres causes ayant porté l'animal à prendre la position couchée, mais restées ignorées du fait d'un manque de surveillance. Pour ces dernières, il est possible que l'animal ait été indisposé, qu'il ait eu de légères coliques. Dans ces conditions, le cheval se met en décubitus et reste dans cette position, sans remuer, pendant un temps assez long. D'autres fois, il se roule, fait des mouvements désordonnés, se trouve à bout de longe, ce qui lui rend impossible les mouvements du relever. D'ailleurs cet accident banal peut se produire sans que le sujet ait été atteint de coliques, du seul fait de l'inclinaison du sol de l'écurie.

Les conditions qui permettent l'évolution de la maladie nous étant connues, il nous faut rechercher la nature intime des troubles qui la caractérisent.

D'abord, une constatation s'impose : l'accident n'est pas sous la dépendance d'une lésion de la moelle ou de l'encéphale. En effet, il est absolument impossible qu'une altération de ces organes, si réduite soit-elle, disparaisse en l'espace d'une heure et même moins, comme nous l'avons observé dans la majorité des cas, après suspension de l'animal.

Quelles sont les causes qui peuvent produire, temporairement, une impotence musculaire ? En nous reportant aux données de la pathologie générale, nous

voyons qu'une myasthénie transitoire peut résulter de la compression d'un nerf, ou d'un trouble circulatoire.

A) *Compression d'un nerf.* — Les accidents par compression d'un filet nerveux sont relativement bien connus en médecine vétérinaire, et ont été observés comme accident d'abatage, à la suite de la contention sur le lit de paille, ou dans le travail.

« Les fausses positions des animaux qui demeurent longtemps couchés entraînent fréquemment des compressions et des paralysies : les chevaux couchés sur les coussins de divers appareils offrent plus souvent cet accident que les animaux couchés sur un épais lit de paille. Cette compression est particulièrement fréquente au niveau du plexus brachial chez les animaux maintenus longtemps couchés, l'un des membres étant fixé en position croisée. Consécutivement, on observe une parésie passagère; l'animal éprouve des flexions subites pendant les quelques instants qui suivent le relever; mais il n'est pas très rare de constater la paralysie du membre; il demeure inerte pendant dix, quinze jours et même un mois comme nous avons eu l'occasion de l'observer. Une compression d'une à deux heures peut suffire à produire ces paralysies prolongées. » (Cadéac.)

Ces accidents de la contention sont à rapprocher des paralysies obstétricales, dues à la compression des nerfs pelviens par un fœtus trop volumineux, et observées si fréquemment en clientèle chez les femelles bovines.

« Les premiers effets physiologiques de la compression faciles à étudier sur soi-même, comportent un stade primitif caractérisé par des fourmillements et parfois une sensation de chaleur ; il survient ensuite, si l'action de la cause se prolonge, de l'hyperesthésie, et enfin de l'anesthésie et la paralysie musculaire. » (Leclainche.)

Pareil mécanisme peut-il être retenu pour les cas qui nous intéressent ? La compression directe par le sol dur sur lequel l'animal est couché, ne pourrait agir que sur les nerfs grand sciatique et sciatique poplité externe, et son action ne peut être qu'assez lente et modérée du fait de la situation profonde de ces troncs nerveux. Il pourrait y avoir également compression interne des nerfs pelviens (grand sciatique, nerf obturateur) par le rectum bourré d'excréments, phénomène que nous avons signalé comme étant très régulier. Dans ce cas, il y aurait quelque analogie avec la paralysie post-partum des vaches, mais l'action de la cause est beaucoup moins brutale. Il n'en reste pas moins vrai que ce mécanisme mérite d'être retenu pour expliquer les accidents que nous avons observés.

Dans ces cas, le trouble nerveux pourrait également être de nature réflexe. Mais alors, il y aurait lieu de faire intervenir le système sympathique. L'excitation primitive se trouverait au niveau du rectum distendu par les matières fécales. Pour donner quelque précision sur ce réflexe, il faudrait être fixé sur l'innervation sympathique du muscle, et cette

question est encore à l'étude. Nous rappellerons cependant l'état de nos connaissances sur ce sujet. « L'innervation sympathique du muscle strié est admise par tous les auteurs. Cependant, leurs opinions se séparent lorsqu'on essaye d'en préciser la signification et lorsque du domaine histologique on passe aux faits physiologiques et cliniques... L'atteinte des fibres à innervation sympathique explique la rigidité de décérébration et les processus de contraction extrapyramidale où domine la tonicité plastique. Elle expliquera peut-être, à l'opposé, certaines affections, telles : atrophie musculaire, dystrophie musculaire, myasthénie à pathogénie encore mal connue. » (Pierre Oury.)

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse d'un réflexe sympathique ou d'une simple compression nerveuse, la pseudo-paraplégie que nous étudions semble avoir quelque parenté avec la « paralysie » qu'on observe parfois chez les chiens atteints de coprostase et d'hypertrophie de la prostate.

B) *Trouble circulatoire.* — Le rôle de la circulation dans le travail musculaire est trop évident pour qu'on ne puisse deviner que tout amoindrissement de la première entraînera un trouble du second.

Ces phénomènes ne sont pas ignorés de la physiologie et des manifestations cliniques s'y rapportant sont connues depuis longtemps dans notre médecine.

« Les paraplégies par troubles vasculaires sont bien établies. L'expérience très connue de P. Bérard,

déterminant chez le chat une paralysie complète du train postérieur par la ligature de l'aorte, démontre expérimentalement l'influence, d'ailleurs facile à prévoir, de la circulation artérielle sur le fonctionnement des organes.

« Cette expérience a été faite sur le cheval par M. Goubaux et dans tous les cas, il obtint comme effet immédiat la paralysie du train postérieur... De nombreuses observations d'oblitération de l'aorte ont été rapportées en vétérinaire. Les signes fonctionnels sont différents selon qu'il y a obstruction complète du vaisseau ou qu'il s'agit seulement d'une oblitération partielle. Dans le premier cas, la paralysie est complète, dans le second, elle est incomplète ou intermittente. C'est, en effet, un caractère des paralysies ischémiques que de se manifester surtout pendant l'exercice, alors que le travail musculaire nécessite un apport sanguin plus considérable dans la région. » (Leclainche.)

La manifestation clinique de ce phénomène est bien connue chez le cheval : c'est la thrombose des artères iliaques et de leurs dépendances. Elle se traduit essentiellement dans une claudication intermittente d'origine ischémique. Les chevaux droits et bien portants en apparence, quand ils sont au repos, éprouvent, au bout d'un certain temps d'exercice, des troubles de la circulation, de la calorification, de la motilité, de la sensibilité. Tous ces accidents se dissipent après un repos même de peu de durée, pour

reparaître dès que l'animal est mis en mouvement à une allure rapide. (Cadéac.)

Les accidents de contention, dont nous avons parlé précédemment et qu'on attribue à la compression du nerf radial, peuvent avoir une origine myopathique. Dans ce cas, Fröhner, se basant sur le résultat de nombreuses autopsies où le nerf radial a été trouvé intact, mais où existaient des lésions de myosite parenchymateuse, soutient que les muscles sont primitivement altérés et sont la cause de la paralysie, comme dans l'hémoglobinurie paroxystique. La boiterie intermittente d'origine vasculaire existe également dans l'espèce humaine et se manifeste de même façon que chez le cheval. Quant à la cause de l'affection, certaines théories émises en médecine humaine diffèrent de celles qui ont cours en vétérinaire. « Il semble douteux que la boiterie soit produite uniquement par les perturbations permanentes d'ordre mécanique, que l'artérite entraîne dans l'irrigation périphérique, et la suspension de la marche paraît occasionnée ou précipitée par l'intervention d'un autre facteur. La pâleur, le refroidissement, l'atténuation ou la disparition des pulsations et des oscillations constituent, en quelque sorte, un syndrome de syncope locale qui, associé à la douleur, est interprété par divers auteurs comme un angiospasme. » (André Thomas.)

Chez nos malades, il n'y a certainement pas thrombose des vaisseaux nourriciers des muscles de la croupe, de la cuisse, de la jambe, puisque la « para-

lysie » a disparu chez certains au bout d'une demi-heure ou d'une heure, et ne s'est pas manifestée d'autres fois. Il est possible, au contraire, qu'il y ait un spasme vasculaire, ou une « myopathie » par compression, comme le suppose Fröhner dans l'affection appelée couramment paralysie du radial.

Et il est évident que ces troubles vasculaires pourraient être associés à des phénomènes relevant de la compression nerveuse étudiée auparavant.



Pour en terminer avec cette étude, nous devons signaler qu'il existe, chez l'homme, une maladie appelée myasthénie. Cette affection se traduit par de la paralysie de la langue, du voile du palais, du pharynx, du larynx, présentant des rémissions. Si la symptomatologie est assez bien connue, il n'en est pas de même de son substratum anatomique et de sa physio-pathologie. A l'heure actuelle, certains auteurs pensent que des troubles végétatifs sont à la base de la myasthénie et que, dans la réalisation de ces troubles végétatifs, intervient une perturbation du fonctionnement des glandes endocrines (Marinesco, Kacnelson, Waldorp, etc.). Il ne semble donc pas qu'un lien quelconque puisse exister avec la pseudo-paraplégie que nous étudions et que nous avons qualifiée de myasthénique.

Observations Personnelles

OBSERVATION I

Décubitus myasthénique. Guérison.

Cheval breton, sous poil noir, âgé de 11 ans. Cet animal fut trouvé, le matin, couché dans son écurie, dans l'impossibilité de se relever.

Nous l'avons visité une heure après environ.

Le sujet, lors de notre arrivée, est en décubitus latéral droit. Nous le trouvons en très bon état d'entretien. La conjonctive est presque normale, le pouls et la respiration à peine accélérés.

On essaie de faire relever le sujet. Celui-ci se met lui-même en décubitus sterno-abdominal, étend les membres antérieurs, se soulève sur le devant, mais l'arrière-main ne peut quitter le sol.

L'exploration rectale nous montre le rectum bourré d'excréments; ceux-ci sont évacués à la main.

L'animal a été relevé sans tarder au moyen d'un palan. Des frictions de vinaigre chaud furent faites sur les deux membres droits. Une heure après le cheval se tenait sans difficulté en station quadrupédale et aurait pu se passer de l'appareil de soutien. Malgré cela, celui-ci fut maintenu vingt-quatre heures. Pendant ce temps, une grande quantité d'excréments fut évacuée, grâce aux lavements.

Deux jours après l'accident, l'animal était revenu à l'état normal et mis au pré.

Huit jours après, le propriétaire le vendait à la boucherie pour un autre motif.

OBSERVATION II

Décubitus myasthénique. Guérison.

Le sujet est un cheval hongre, âgé de 15 ans, en très bon état d'entretien, et sans antécédents pathologiques.

Il est trouvé, un matin, à l'écurie, dans l'impossibilité de se relever, et nous l'avons visité peu de temps après.

La muqueuse oculaire, le poulx, la respiration ne s'éloignent pas sensiblement de la normale.

Température rectale 37°9. Un véritable cylindre de crottins comprimés a été évacué par l'animal. Malgré cela, le rectum est encore bourré d'excréments.

Malgré des appels répétés, le cheval se refuse à faire le moindre mouvement pour se remettre debout.

On décide alors de le soulever avec un palan. Cette opération fut assez laborieuse, car le malade désirait visiblement reprendre la position couchée. Il fut cependant remis sur pied. Ensuite une injection sous-cutanée de caféine a été pratiquée, de même qu'une forte friction sinapisée sur les deux membres gauches qui étaient en contact avec le sol.

Très rapidement, le bipède latéral gauche reprenait sa fonction, et dès le lendemain l'animal pouvait être mis au pré.

OBSERVATION III

Décubitus myasthénique. Guérison spontanée.

Cheval entier âgé de 13 ans, en bon état d'entretien. Comme les sujets précédents, il fut trouvé, le matin,

en décubitus forcé. A l'examen, le seul symptôme digne d'être noté est la coprostase.

Etant appelé par ailleurs pour un cas urgent, nous pratiquons la vidange rectale, nous faisons une injection hypodermique de pilocarpine et ordonnons de relever l'animal au moyen d'un palan.

Après notre départ, le propriétaire se mit à la recherche de cet appareil, puis s'en alla chercher des aides, sans doute avec une sage lenteur. En tout cas, deux heures après, lorsqu'il fut de retour, le malade avait évacué une quantité considérable d'excréments et s'était remis debout.

Aucune rechute ne s'est produite par la suite.

OBSERVATION IV

Décubitus myasthénique. Abatage. Autopsie.

Le sujet de cette observation est un fort cheval gris, âgé de 17 ans, en bon état d'entretien, qui, comme les précédents, fut trouvé, le matin, en décubitus forcé. — Même absence de troubles importants, en dehors de la coprostase.

Le propriétaire nous annonce aussitôt qu'en raison de l'âge de la bête, il ne désire pas entreprendre un traitement quelconque et nous demande s'il peut la destiner à la boucherie. Comme le cheval n'a pas de fièvre, nous autorisons l'abatage.

Nous avons pu faire l'examen des viscères. Le rectum et une partie du colon étaient bourrés d'excréments. Par ailleurs, aucune lésion n'a été notée et, en particulier, il n'y avait aucune altération macroscopique de la moelle et des méninges.

Comme l'animal était de robe claire, nous avons songé à l'intervention possible de la mélanose. Aucune

constatation possible n'est venue confirmer cette hypothèse.

OBSERVATION V

Décubitus myasthénique. Auto-intoxication. Mort.

Nous avons été appelé, un matin, pour visiter un cheval noir, âgé de 12 ans environ, qui, nous disait-on, était paralysé.

A notre arrivée, nous trouvons un animal en assez bon état d'entretien, mais on nous apprend qu'il est à terre depuis 48 heures.

L'examen détaillé du malade nous révèle les symptômes suivants : la conjonctive est terne et fortement injectée. Le poulx bat à plus de 100 à la minute, et le flanc est également très accéléré. Température rectale 39° 4. La veille, des lavements ont été faits et il en est résulté une évacuation assez abondante de crottins. Malgré cela, l'animal nous paraît légèrement ballonné.

En présence de ces symptômes, nous annonçons qu'il n'y a guère d'espoir de guérison et que, d'autre part, il n'est pas possible d'utiliser la viande pour la consommation.

Le malade est mort le lendemain. A l'autopsie, nous avons trouvé le rectum légèrement enflammé et contenant des excréments en quantité modérée. Le foie était friable, décoloré. Les reins étaient congestionnés. Le myocarde était flasque, de couleur terne, livide. Enfin le poumon gauche était le siège de congestion hypostatique; sur la moelle et les méninges, aucune lésion n'a pu être découverte à l'œil nu.

CONCLUSIONS

On observe parfois, chez le cheval, un accident qui est essentiellement caractérisé par le décubitus forcé. Au point de vue clinique, dans la période de début, un seul symptôme paraît constant : la distension du rectum par des excréments compacts. Ensuite, on note en plus des phénomènes qui relèvent de l'auto-intoxication (fièvre, dyspnée, accélération du pouls) :

Lorsque le sujet est abattu de façon précoce aucune lésion ne peut être constatée, en particulier sur la moelle et les enveloppes.

Le traitement consiste avant tout à utiliser des moyens mécaniques pour remettre le plus tôt possible l'animal en position debout.

Après cette intervention, l'impotence musculaire disparaît très rapidement.

Il s'agit donc d'une pseudo-paraplégie qui ne peut être en rapport avec une lésion des centres nerveux ou des nerfs périphériques.

Cette myasthénie peut résulter de la compression de troncs nerveux, de troubles réflexes sympathiques ou encore de troubles vasculaires.

Son pronostic est relativement peu grave quand une intervention rapide est possible.

VU : *Le Président,*
GUILLAIN.

VU : *Le Doyen,*
ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- CADÉAC. — *Sémiologie*, tome II, page 246.
— *Pathologie interne*, tome V, page 266.
— *Pathologie chirurgicale*, tome IV, page 345.
CADIOT et ALMY. — *Thérapeutique générale*, t. I, p. 525.
CADIOT et LESBOURIÈS. — *Traité de Médecine des Animaux*, page 543.
HURTREL D'ARBOVAL. — *Dictionnaire Vétérinaire*, t. IV, page 485.
LECLAINCHE. — *Dictionnaire de Bouley et Norard*, t. XIV, page 125.
— *Dictionnaire de Bouley et Norard*, t. XV, page 421.
MARINESCO. — *Presse Médicale*, 1928, page 1265.
OURY. — *Presse Médicale*, 1925, page 1271.
SULLIVAN. — *The Veterinary Journal*, 1905, page 184.
THOMAS. — *Presse Médicale*, 1922, page 1049.
ZUNDEL. — *Dictionnaire Vétérinaire*, tome II, page 809.
-

